1. ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России
2. Фармацевтический колледж

## ДНЕВНИК

**производственной практики**

Наименование практики «Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений»

Ф.И.О\_\_Дядичкиной Кристины Сергеевны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место прохождения практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (медицинская/фармацевтическая организация, отделение)

с «17» июня 2020 г. по «1» июля 2020 г.

Руководители практики:

Общий – Ф.И.О. (его должность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Непосредственный – Ф.И.О. (его должность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Методический – Казакова Елена Николаевна (Заведующая методическим отделом Фармацевтического колледжа)

Красноярск

2020

## Содержание

## 1. Цели и задачи практики....………………………………………………………………………3

## 2. Знания, умения, практический опыт, которыми должен овладеть студент после прохождения практики……………………………………………………………………...….4

## 3. Тематический план…………………………………………………………………………...….5

4. График прохождения практики…………………………………….……….6

5. Тема № 1. Организация работы аптеки по приему рецептов и требований медицинских организаций (18 часов)……………………………………......7-37

6. Тема № 2. Организация бесплатного и льготного отпуска лекарственных препаратов (12 часов)………………………………………………….….....38-84

7. Тема № 3. Организация рецептурного и безрецептурного отпуска лекарственных препаратов (6 часов)…………………………………....…85-113

8. Отчет по производственной практике (цифровой, текстовой)……….............................................................................................…114

**1. Цель и задачи прохождения производственной практики**

**Цель** производственной практики «Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений» состоит в закреплении и углублении теоретической подготовки обучающегося, приобретении им практических умений, формировании компетенций, составляющих содержание профессиональной деятельности фармацевта.

 **Задачами** являются:

1. Ознакомление с организацией работы фармацевтического персонала по приему рецептов, отпуску по ним лекарственных препаратов, безрецептурному отпуску, фасовочным работам, получению товаров аптечного ассортимента от поставщиков.
2. Формирование основ социально-личностной компетенции путем приобретения студентом навыков межличностного общения с фармацевтическим персоналом и клиентами аптечных организаций.
3. Формирование умений проведения фармацевтической экспертизы рецепта, отпуска товаров аптечного ассортимента, приемки товара, формировании заявок на товары.
4. Формирование практического опыта ведения первичной учетной документации.

**2. Знания, умения, практический опыт, которыми должен овладеть студент после прохождения практики.**

**Приобрести практический опыт:**

* соблюдение требований санитарного режима, охраны труда, техники безопасности;
* ведение первичной учетной документации.

**Освоить умения:**

* организовывать работу по соблюдению санитарного режима, охране труда, технике безопасности и противопожарной безопасности;
* организовывать прием, хранения , учет, отпуск лекарственных средств и товаров аптечного ассортимента в организациях розничной торговли;
* пользоваться компьютерным методом сбора, хранения и обработки информации, применяемой в профессиональной деятельности, прикладными программами обеспечения фармацевтической деятельности.

**Знать:**

* законодательные акты и другие нормативные документы, регулирующие работу аптечных организаций;
* хранение, отпуск (реализация) лекарственных средств, товаров аптечного ассортимента;
* порядок закупки и приема товаров от поставщика.

**3. Тематический план**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование разделов и тем практики** | **Количество** |
|  | **дней** | **часов** |
| 1. | Организация работы аптеки по приему рецептов и требований медицинских организаций | 3 | 18 |
| 2. | Организация бесплатного и льготного отпуска лекарственных препаратов. | 2 | 12 |
| 3. | Организация рецептурного и безрецептурного отпуска лекарственных препаратов. | 1 |  6 |
| 4. | Проведения фасовочных работ в аптечных организациях. | 1 |  6 |
| 5. | Порядок составления заявок на товары аптечного ассортимента оптовым поставщикам. | 1 |  6 |
| 6. | Порядок приема товара в аптечных организациях. | 4 | 24 |
|  | Итого | 12 | 72 |

**4. График прохождения практики**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Время началаработы | Время окончания работы | Наименование работы | Оценка/Подпись руководителя |
| 17.06.20 | 9.00 | 14.00 | Прохождение инструктажа. Изучение рабочего места фармацевта по приему рецептов и требований.  |  |
|  22.06.20 | 9.00 | 14.00 | Организация бесплатного и льготного отпуска лекарственных препаратов. |  |
| 25.06.20 | 9.00 | 14.00 | Организация рецептурного и безрецептурного отпуска лекарственных препаратов. |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Тема 1. Организация работы аптеки по приему рецептов и требований медицинских организаций (18 часов).**

**Виды работ:** ознакомление с организацией рабочего места по приему рецептов и требований. Проведение фармацевтической экспертизы поступающих в аптечную организацию рецептов и требований медицинских организаций. Определение стоимости лекарственных препаратов, том числе экстемпоральных. Отпуск лекарственных препаратов по выписанным рецептам и требованиям. Установление норм единовременного и рекомендованного отпуска.

**Нормативные документы для изучения:**

* Приказ Минздрава России от 14.01.2019 N 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».
* Приказ Минздрава России от 11 июля 2017 г. N 403н **«**Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность».
* Приказ Минздрава России от 31.08.2016 N 647н «Об утверждении правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения».
* Приказ Минздрава РФ от 01.08.2012 N 54н «Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления».
* Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.02.2007 N 110 (ред. от 26.02.2013) «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания».

**1. Организация рабочего места по приему рецептов /требований**

**Таблица 1** - Проект рабочего места фармацевта аптеки по приему рецептов.

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение | Назначение |
| Мебель | Рабочее место провизора-технолога оборудуется:Стол с выдвижными ящиками; стул подъемно-поворотной конструкции с регулируемой по высоте спинкой; -шкафом для хранения документов; различными канцтоварами; необходимой техникой  |
| Оборудование | Рабочее место по приему и отпуску рецептов оснащается холодильником для хранения термолабильных лекарственных препаратов, шкафом для хранения ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств, а также компьютером |
|  |  |
| Нормативные документы, справочники | На рабочем месте необходимо иметь :-действующий прейскурант цен,-тарифы на изготовление лекарственных средств, -последнее издание ГФ,-таблицы высших разовых и суточных доз,-таблицы проверки доз в жидких лекарственных формах, таблицы растворимости препаратов.-Имеются также справочники лекарственных средств, в том числе Видаля и Машковского,-Государственный реестр ЛС,-таблицы цен,-тарифы на изготовление лекарств,-учетные документы, в частности рецептурный журнал или квитанционный журнал и журнал учета неправильно выписанных рецептов. Кроме того, на рабочем месте должны быть этикетки и сигнатуры. |
| Компьютерное программное обеспечение | На предприятиях фарм. профиля выделяются отделы:-Управленческий (директор аптеки, главный менеджер) в котором директор и менеджер имеют возможность получения точных сведений о деятельности аптеки-Плановый (менеджер отдела закупок, основываясь на данных , получаемых из отдела запасов и реализации, занимается оформлением заказов)-Отдел учёта (бухгалтеры, экономисты)-Отдел мелкооптовой реализации (реализация медикаментов через розничный отдел облегчается за счет использования POS-терминала.-Отдел розничной реализации (менеджер торгового зала) Информация о реализованных медикаментах поступает в базу данных на сервере и исп. для учета и анализа. |
| Штампы, печати | Фарм. работник проставляет отметку на рецепте об отпуске ЛП с указанием:-наименования аптечной организации (ФИО индивидуального предпринимателя);-торгового наименования, дозировки и количества отпущенного ЛП;-ФИО фармацевтического работника, отпустившего ЛП, и его подписи;-даты отпуска ЛП;-штампа «Лекарственный препарат отпущен».Все неправильно выписанные рецепты остаются в аптеке, погашаются штампом «Рецепт недействителен» и регистрируются в журнале неправильно выписанных рецептов. |
| Первичные учетные формы (журналы) | Первичные учётные документы являются основанием для записей в регистрах бухгалтерского учёта. Они содержат   обязательные реквизиты:-наименование документа-дата составления документа-наименование организации, от имени которой составлен документ-содержание хозяйственной операции-измерители хозяйственной операции в натуральном и денежном выражении-наименование должностей лиц, ответственных за совершение хозяйственной операции-личные подписи указанных лицПервичный учётный документ должен быть составлен в момент совершения операции, а не после её окончания. |

**Таблица 2** - Проект рабочего места фармацевта производственной аптеки по приему требований-накладных от медицинской организации.

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение | Назначение |
| Мебель | Рабочее место провизора-технолога по приему рецептов оборудуется секционным столом, шкафом со встроенными вертушками для приготовленных лекарств, шкафом для хранения лекарств, содержащих медикаменты списка А, холодильником.  |
| Оборудование | Помимо этого, рабочее место по приему и отпуску рецептов оснащается холодильником для хранения термолабильных лекарственных препаратов, шкафом для хранения ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств, а также компьютером |
|  |  |
| Нормативные документы, справочники | На рабочем месте необходимо иметь :-действующий прейскурант цен,-тарифы на изготовление лекарственных средств, -последнее издание ГФ,-таблицы высших разовых и суточных доз,-таблицы проверки доз в жидких лекарственных формах, таблицы растворимости препаратов.-Имеются также справочники лекарственных средств, в том числе Видаля и Машковского,-Государственный реестр ЛС,-таблицы цен,-тарифы на изготовление лекарств,-учетные документы, в частности рецептурный журнал или квитанционный журнал и журнал учета неправильно выписанных рецептов. Кроме того, на рабочем месте должны быть этикетки и сигнатуры. |
| Компьютерное программное обеспечение | На предприятиях фарм. профиля выделяются отделы:-Управленческий (директор аптеки, главный менеджер) в котором директор и менеджер имеют возможность получения точных сведений о деятельности аптеки-Плановый (менеджер отела закупок, основываясь на данных , получаемых из отдела запасов и реализации, занимается оформлением заказов)-Отдел учёта (бухгалтеры, экономисты)-Отдел мелкооптовой реализации (реализация медикаментов через розничный отдел облегчается за счет использования POS-терминала.-Отдел розничной реализации (менеджер торгового зала) Информация о реализованных медикаментах поступает в базу данных на сервере и исп. для учета и анализа. |
| Штампы, печати | Требование - накладная должна иметь:штамп,круглую печать медицинской организации, подпись его руководителя или его заместителя по лечебной части. Также в ней указывается номер, дата составления документа, отправитель и получатель ЛС, его наименование (с указанием дозировки, формы выпуска (таблетки, ампулы, мази, суппозитории т.п.), вид упаковки, способ применения, количество затребованных ЛС, количество и стоимость отпущенных ЛС. |
| Первичные учетные формы (журналы) | Первичные учётные документы должны содержать обязательные реквизиты:-наименование документа-дата составления документа-наименование организации, от имени которой составлен документ-содержание хозяйственной операции-измерители хозяйственной операции в натуральном и денежном выражении-наименование должностей лиц, ответственных за совершение хозяйственной операции-личные подписи указанных лицПервичный учётный документ должен быть составлен в момент совершения операции, а не после её окончания. |

**2. Назначение и выписывание лекарственных препаратов по рецептам в аптеке**

2.1

- категории медицинских работников осуществляющих назначение ЛП;

Медицинские работники выписывают рецепты на ЛП за своей подписью и с указанием своей должности:

-лечащий врач;

-фельдшер, акушерка;

-индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность.

         - документ, содержащий сведения о назначенном ЛП;

Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. №61-фЗ «Об обращении лекарственных средств»

- условия назначения ЛП и оформления рецепта пациенту, которому оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях;

При выписке пациента из медицинской организации, в которой ему оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях, данному пациенту по решению руководителя медицинской организации назначаются с оформлением рецепта в форме электронного документа и (или) на бумажном носителе (за исключением оформления рецептов на лекарственные препараты, подлежащие отпуску бесплатно или со скидкой) либо выдаются (пациенту или его законному представителю) одновременно с выпиской из истории болезни лекарственные препараты, в том числе наркотические и психотропные лекарственные препараты, внесенные в списки II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. N 681, сильнодействующие лекарственные препараты, на срок приема пациентом до 5 дней.

- условия назначения лекарственных препаратов по решению врачебной комиссии;

-одновременное назначение одному пациенту пяти и более ЛП в течение одних суток или свыше десяти наименований в течение одного месяца;

-нетипичное течение заболевания, наличие осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний;

-НС и ПВ списков 2 и 3 (в случае принятие руководителем МО решения о необходимости согласования назначения с врачебной комиссией)

- группы ЛП, на которые запрещается выписывать рецепты индивидуальным предпринимателям, осуществляющим медицинскую деятельность.

-на ЛП, содержащие наркотические средства и психотропные вещества, внесённые в списки 2 и 3 перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ.

2.2 «Губернские аптека» Аптека № 17

Аптека № 17 находится в довольно оживлённом и проходном месте.

Аптека готовых лекарственных форм, отдел оптики, отдел детского питания.

Категория посетителей аптеки – люди старшего возраста, беременные женщины, мамы с детьми. Частыми посетителями аптеки являются работники организаций, расположенных в том же доме, что и сама аптека. Помимо этого, всегда заходят случайные посетители. Можно отметить, что у каждого фармацевта/провизора есть свой постоянный покупатель.

С точки зрения мерчандайзинга, данная аптека – с единым отпуском, то есть покупатель может приобрести из рук фармацевта/провизора все необходимые товары в одном месте, у любого из фармацевтов/провизоров.

В данной аптеке имеются следующие отделы:

-отдел готовых ЛС;

-отдел безрецептурного отпуска;

-помещения;

-торговый зал;

-комната отдыха персонала;

-кабинет заведующего аптекой;

-помещение для хранения дезинфицирующих средств уборочного инвентаря;

-туалетная комната.

Подъезд и вход в аптеку:

Вход в аптеку оборудован пандусом, перилами и специальными резиновыми ковриками, что удобно для инвалидов( людей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата) и мам с колясками.

Перед входом в аптеку имеются приспособления для очистки обуви грязи.

Дверь в аптеке широкая, легко открывается, позволяя заходить женщинам с колясками, а также людям с ограниченными возможностями.

Рядом с аптекой находится просторная парковка, как для сотрудников аптеки, так и для посетителей аптеки.

Вывеска и наружная реклам:

Вывеска аптеки выполнена в едином стиле шрифтом на темно-зеленом фоне. На главном входе находится вывеска с расписанием работы аптеки, ее юридический адрес.

**Название аптеки –** «Губернские аптеки» Аптека № 17

**Логотип:**



 

 Белый - “Губернские аптеки” № 17

 Красный - поликлиника № 11

**3. Правила оформления рецептурных бланков**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Реквизиты рецептурного бланка |  107 - 1/у |  148-1/у-88 |  107-у/НП |  148-1/у-04 (л) |
| **Основные:** |  |  |  |  |
| Штамп медицинской организации с указанием ее наименования, адреса и телефона. | + | + | + | + |
| Дата выписки рецепта |  + |  + |  + |  + |
| Полностью ФИО больного, возраст |  + |  + | +  | + |
| ФИО врача полностью, подпись и личная печать врача |  **+** |  **+** |  **+** |  **+** |
| **Дополнительные:** | +при наличии номера и (или) серии, места для нанесения штрих-кода | - | - | + |
| Адрес или номер медицинской карты пациента | \_  | +  | +  | +  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Подпись руководителя МО | \_ | \_ | \_ | \_ |
| Печать МО “Для рецептов” | \_ | + | + | + |

3.2 Анализ ЛП, отпускаемых по рецепту

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Торговое наименование ЛП | МНН | Фарм.группа, АТХ\* | № приказа, список ЛП, стоящего на ПКУ | Форма рецептурного бланка | Срок хранения рецепта в аптеке | Норма отпуска ЛП |
| 1. | Транстек ТТС 35 мг.час |  Бупренорфин |  Опиоидный наркотический анальгетик, N02AE01 |  Список наркотических веществ |  148-1/у-88 |  3 года |  По рецепту |
|  2. |  Хлорпромазин органика, р-р д/внутримыш |  Хлорпромазин гидрохлорид |  Антипсихотическое средство (нейролептик), N05AA01 |  Список наркотических средств |  148-1/у-88 |  3 года |  По рецепту |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. | Азалептин, табл | Клозапин | Антипсихотическое средство (нейролептик), N05AH02 | Список сильнодействующих веществ | 148-1/у-88 | 3 года | По рецепту |
| 4. | Имован, табл | Зопиклон | Снотворное средство, N05CF01 | Список сильнодействующих веществ | 148-1/у-88 | 3 года | По рецепту |
| 5. | Коаксил, табл | Тианептин | Психоаналептик. Антидепрессант, N06AX14 | Список психотропных веществ | 148-1/у-88 | 3 года | По рецепту |
| 6. | Пригабилон, капс | Прегабалин | Противоэлептическое средство, N03AX16 | Приказ МЗ РФ от 22.04.2014 г. № 183н Иные ЛС, подлежащие ПКУ | 148-1/у-88 | 3 года | По рецепту |
| 7. | Реланиум | Диазепам | Анксиолитик, N05BA01 | Список психотропных веществ | 148-1/у-88 | 3 года | По рецепту |
| 8. | Феназепам, табл | Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин | Анксиолитик, N05BX | Список психотропных веществ  | 148-1/у-88 | 3 года | По рецепту |
| 9. | Нурофен плюс, табл  | Ибупрофен + Кодеина фосфата гемигидрат | Анальгезирующее средство комбинированное (анальгезирующее опиоидное средство + НПВП), N02AA59  | Приказ МЗ РФ от 17 мая 2012 г. № 562н | 107-1/у | 3 года | По рецепту |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10. | Тофф плюс, табл | Декстрометорфан+Парацетамол+Фенилэфрин+Хлорфенамин | Анилиды в комбинациях, N02BE71 |  Приказ МЗ РФ от 17 мая 2012 г. № 562н | 107-1/у | 3 года | По рецепту |

**4. Фармацевтическая экспертиза рецепта**

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации                          Код формы по ОКУД 3108805

                                              Медицинская документация

Наименование (штамп)                          Форма N 148-1/у-88

Медицинской организации

                       Утверждена приказом

                                              Министерства здравоохранения

Наименование (штамп)                          Российской Федерации

индивидуального предпринимателя               от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

                                            ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐   ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

                                       Серия  *1  2  3  4      N 2  3  6*

                                             └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘   └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ                                    "*07\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020\_\_* г.

                                              (дата оформления рецепта)

                 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента \_*Петрова А.В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_\_\_*14.11.1978*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес  места  жительства  или  N  медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_\_\_\_\_\_\_№1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки)\_\_\_\_\_*Аардма Т.Н\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Руб.          Коп.           Rp:*Tabl.Phenobarbitali 0,1*

*................................D.t.d №.6...........................................*

*................................S.По1 табл...........................................*

*...................................1р в день........................................*

...........................................................................

...........................................................................

---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача                    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

                   Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

*Аптека №2 отпустила:*

*Табл. Фенобарбитала 0,1*

*№.6 1 уп*

*Дядичкина К.С 07.06.20*

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения                  Код формы по ОКУД

Российской Федерации                          Код учреждения по ОКПО

                                              Медицинская документация

Наименование (штамп)                          Форма N 107-1/у

медицинской организации                       Утверждена приказом

                                              Министерства здравоохранения

Наименование (штамп)                          Российской Федерации

индивидуального предпринимателя              от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

                                  РЕЦЕПТ

                (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

                         " *07\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Петрова А.В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*14.11.1978\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Аардма Т.Н*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp.Тabl.*Paracetamoli 0,25*

*...........D.t.d.№ 10............................*

*...........S По 1 таблетке при повышении температуры тела............................*

*-------------- -----------------------------------------*

*........................................*

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись                                                     М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

    Рецепт действителен *в течение 60 дней*, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

                (нужное подчеркнуть)                  (указать количество

                                                             месяцев)

**Оборотная сторона**

*Аптека №2 отпустила:*

*Парацетамола  №. 0,25 1 уп*

*Дядичкина К.С 07.06.20*

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации                          Код формы по ОКУД 3108805

                                              Медицинская документация

Наименование (штамп)   Форма N 148-1/у-88

медицинской организации                       Утверждена приказом

                                              Министерства здравоохранения

Наименование (штамп)                          Российской Федерации

индивидуального предпринимателя               от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

                                             ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐   ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

                                       Серия  *1  2  3  4      N 2  3  6*

                                             └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘   └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ                                    "\_07\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г.

                                              (дата оформления рецепта)

                 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

Пациента *Петрова А.В*

Дата рождения *14.11.1978*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес  места  жительства  или  N  медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях *№2*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки)*Аардма Т.Н\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Руб.         Коп.           Rp:*TTC.Fentanili 24 мкг/час*

*................................D.t.d №.5...........................................*

*................................S на 72 часа накладывать на плоскую поверхность..........................................*

*...........................................................................*

*....................................................................*

...........................................................................

---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача                         М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

                   Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

*Аптека №1 отпустила:*

*Пластырь. Дюрогезик №5 1 уп*

*Дядичкина К.С 07.06.20*

**Сигнатура**

Название органа управления

здравоохранением или

фармацевтической деятельностью

субъекта Российской Федерации

Наименование или N аптечного учреждения (организации) *Аптека №2* ............

....................................... Рецепт *N .3*................

Ф.И.О. и возраст больного *Петрова А.В 42 года ........................................*

..................................................................

Адрес или номер медицинской амбулаторной карты *№2*...................

Ф.И.О. врача, телефон лечебно-профилактического учреждения *Аардма Т.Н.......*

..................................................................

Содержание рецепта на латинском языке ............................

.............. Rp:TTC *Fentanili 25 мкг/час*

*................... D.t.d № 5...........................................*

*....................S.на 72 часа накладывать на плоскую поверхность.........................................*

*.................... ........................................*

*..................*...................

..................................................................

..................................................................

..................................................................

..................................................................

..................................................................

..................................................................

Приготовил .. .....................................................

Проверил . ........................................................

Отпустил .........................................................

Дата *07.06.20..............*

Цена ..............

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения                  Код формы по ОКУД

Российской Федерации                          Код учреждения по ОКПО

                                              Медицинская документация

Наименование (штамп)        Форма N 107-1/у

медицинской организации                       Утверждена приказом

                                              Министерства здравоохранения

Наименование (штамп)                          Российской Федерации

индивидуального предпринимателя               от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

*По специальному назначению*

*ежемесячно*

---------------------------------------------------------------------------

                                  РЕЦЕПТ

                 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

                         "*\_07\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020\_\_* г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Петрова АВ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения *14.11.1978*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Аардма Т.Н\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

руб.|коп.| Rp.*Nifedipini 0,01*

*..............D.t.d №10 in tab..........................*

*..............S.По 1 табл 1 р в день ежемесячно*

.........................

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись                                                       М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

    Рецепт действителен **в течение 60 дней**, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*3*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

                (нужное подчеркнуть)                  (указать количество

                                                             месяцев)

**Оборотная сторона**

*Аптека №2 отпустила:*

*Кордипин 0,01 №10 1 уп*

*Дядичкина К.С 07.06.20*

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации                          Код формы по ОКУД 3108805

                                              Медицинская документация

Наименование (штамп)        Форма N 148-1/у-88

медицинской организации                       Утверждена приказом

                                             Министерства здравоохранения

Наименование (штамп)                          Российской Федерации

индивидуального предпринимателя               от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

                                             ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐   ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

                                       Серия  *1 2  3  4      N 2  3  6*

                                             └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘   └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ                                    "*07\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

                                              (дата оформления рецепта)

                 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *петрова А.В*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения *14.11.1978*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес  места  жительства  или  N  медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях *№2*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Аардма Т.Н*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб.          Коп.           Rp:*Sol. Promedoli 2%-1ml*

*................................D.t.d №10 in amp.............................S. содержимое 1 ампулы ввести подкожно...............*

*................................ ...........................................*

*...........................................................................*

*..........................................................................*

...........................................................................

---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача                         М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

                   Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

*Аптека №2 отпустила:*

*Раствор Тримеперидина 2 %-1 мл №10*

*1 уп*

*Дядичкина К.С 07.06.20*

**Памятка по проведению фармацевтической экспертизы рецептов**



**Порядок действий фармацевта, если рецепт выписан с нарушением установленных правил:**

 Неправильно выписанные рецепты погашаются штампом “Руцепт недействителен” и регистрируется в журнале “Журнал регистрации неправильно выписанных рецептов” и возвращаются больному на руки.

Информация обо всех неправильно выписанных рецептах доводится до сведения руководителя соответствующей медицинской организации. При этом в примечании к форме журнала уточнено, что информация о нарушениях в выписке рецептов доводится до сведения руководителя медицинской организации учреждения не реже, чем 1 раз в месяц.

**Журнал регистрации неправильно выписанных рецептов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата | Наименование медицинской организации | ФИО медицинского работника | Содержание рецепта | Нарушения | Принятые меры | ФИО специалиста аптечной организации |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  *1.* | *01.04.2020* |  *Городская клиническая больница №00* |  *Иванов П.С.* | *Таблетки Азитромицина  0,1* |  *Отсутствует личная печать врача* |  |  *Казакова Елена Николаевна* |

**Тема 2. Организация бесплатного и льготного отпуска лекарственных препаратов (12 часов).**

**Виды работ:** ознакомление с организацией рабочего места по бесплатному и льготному отпуску. Проведение фармацевтической экспертизы рецептов на лекарственные препараты гражданам, имеющим право на бесплатное получение препаратов или получение лекарственных препаратов со скидкой.

**Нормативные документы для изучения:**

1.Федеральный закон от 17.07. 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи".

2.Постановление Правительства РФ от 30.07. 1994 г. N 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».

3.Федеральная программа «7 нозологий».

4.Приказ Минздрава России от 14.01.2019 N 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

**1. Проведение фармацевтической экспертизы рецептов на льготный отпуск лекарственных препаратов.**

1)Проверка соответствия формы рецептурного бланка выписанному на нём лекарственному средству

2)Проверка наличия обязательных реквизитов рецепта:

-Штамп мед.орг

-Дата выписки рецепта

-ФИО пациента, дата рождения

-ФИО лечащего врача

-Наименование ингредиентов на латинском языке и их количество

-Способ применения на русском языке

-Подпись и личная печать врача

3)Проверка наличия дополнительных реквизитов рецепта

-Код медицинской организации

-Код нозологической формы

-Код категории граждан

-%оплаты

-СНИЛС

-№полиса обязательного медицинского страхования

- Печать ЛПУ

-Номер, серия рецепта

-Номер амбулаторной карты или адрес больного

- ФИО и подпись уполномоченного лица мед.орг

-ФИО и подпись работника аптечной орг.

4) Определить правомочность лица, выписавшего рецепт

5) Оценка оформления прописи и способа применения

6)Проверка совместимости ингредиентов в рецепте

7)Определение срока действия рецепта

8)Заполнение корешка рецепта и выдача его пациенту

**2. Анализ лекарственных препаратов для бесплатного и льготного отпуска.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | МНН | Торговое наименование | Код АТХ\* | Формадополнительногорецептурного бланка к льготному рецепту | Категория граждан | Вид бюджета *(федеральный, краевой),*% скидки *(50%, 100%)* | Срок действия рецепта | Срок хранения рецепта в аптеке |
|  | Tabl.Indomethacini 0,025 N.30 D.S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день | Индобене, индометацин-акри, индометацин берлин-хеми, индометацин никомед | M02AA23 |  | ветеран труда края | Краевой Скидка 50% | 15 дней | 3 года |
|  | Sol. Clonidini 0,01%-1ml D.t.d.N.10 in amp. S. Внутривенно медленно | клофелин | C02AC01 | 148-1/у-88 | Лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда» | Краевой Скидка 50% | 15 дней | 3 года |
|  | Ephedrini hydrochloridi 0,025 D.t.d.N.60 in tab. S. По 1 таблетке 2 раза в день | эфедрин | C01CA26 | 148-1/у-88 | Малочисленные народы Севера | Федеральный Скидка 100% | 30 дней | 3 года |
|  | Sol. Pilocarpini hydrochloridi 2 % - 10 ml D.S. По 1 кап. 4-6 раз в день в оба глаза  | Изопто-карпин, офтан пилокарпин, пилогель | S01EB01 | 148-1/у-88 | Больные глаукомой | Краевой скидка 100% | 15 дней | 3 года |
|  | Supp. Diclophenaci 0,1 D.t.d.N.5 S. По 1 суппозиторию в прямую кишку 2 раза в сутки | Дикловит  | M01AB05 | 148-1/у-88 | Инвалиды войны | Краевой Скидка 50% | 15 дней | 3 года |
|  | Sol.Buprenorphini 0,03% - 1 mlD.t.d. N.10 in amp.S. Вводить по 1 мл | Бупраксон,Бупранал,Транстек | N02AE01 | 107-у/НП | Больной онкологическим заболеванием | Краевой Скидка 100% | 15 дней | 5 лет |
|  | Phenobarbitali 0,1 D.t.d. N.30 in tab.S. Внутрь по 1 таблетке на ночь | Корвалол форте,Андипал, Корвалол,Триалгин,Седал-М | N03AA02 | 148-1/у-88 | Больной эпилепсией | 100%, краевой | 15 дней | 5 лет |
|  | Metamizoli natrii 0,3Phenobarbitali 0,01Coffeini 0,05Codeini 0,008D.t.d. N.10 in tab.S. Внутрь по 1 таблетке 2 | Сантотитралгин | N02BB72 | 148-1/у-88 | Ветеран труда края | 50%, краевой | 15 дней | 3 года |
|  | Phenobarbitali 0,1 D.t.d. N.30 in tab.S. Внутрь по 1 таблетке на ночь | Корвалол форте,Андипал, Корвалол,Триалгин,Седал-М | N03AA02 | 148-1/у-88 | Больной эпилепсией | 100%, краевой | 15 дней | 5 лет |
|  | Glimepiridi 0,002D.t.d. N.30 in tab.S. Внутрь по 1 таблетке утром | Глайм,Инстолит,Глемаз,Глемауно,Амарил М,Диамерид | А10ВВ12 |  | Больные сахарным диабетом | Краевой Скидка 100% | 30 дней | 3 года |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  2 |  3 |  4 |  5 |  6 |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  0 |  2 |  2 |  3 |  2 |  4 |  5 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 003 | Дата оформления: |  2 | 2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Петрова П.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  1 |  1 |   |  0 |  4 |   |  1 |  9 |  7 |  8 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1  | 0 |  1 |  2 |  3 |  4 | 5  | 6  |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  3 |  3 |  3 |  3 |  1 |  3 |  4 |  2 |  4 | 1  |  1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №2 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мирова М.М\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp: Tabl.Indomethacini 0,025... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...  |
|   |   |  |
|   |  | D.t.d. ..№30 . ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   | S: .Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день .. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

|  |
| --- |
| Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть) |

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №111 |   | Торговое наименование и дозировка:Индобене 0.025 №30 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 3 уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения: Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день |   |
| Наименованиелекарственного препарата: Индобене  | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка: 0.025 |   |   | Количество приемов в день: | 2 | раз |
|   | На 1 прием: |  0,0125 | ед. |
|   |   |   |   |

**Оборотная сторона**

|  |  |
| --- | --- |
|   | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|   |
|   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|   |   |  отпущен |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  2 |  3 |  4 |  5 |  6 |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  0 |  2 |  2 |  3 |  2 |  4 |  5 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 003 | Дата оформления: |  2 | 2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Петрова П.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  1 |  1 |   |  0 |  4 |   |  1 |  9 |  7 |  8 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1  | 0 |  1 |  2 |  3 |  4 | 5  | 6  |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  3 |  3 |  3 |  3 |  1 |  3 |  4 |  2 |  4 | 1  |  1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №2 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мирова М.М\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp: Sol. Clonidini 0,01%-1ml... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...  |
|   |   |  |
|   |  | D.t.d. ..№10 in amp . ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   | S: Внутривенно, медленно... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

|  |
| --- |
| Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть) |

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №111 |   | Торговое наименование и дозировка:Индобене 0.025 №30 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 1уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения: Внутривенно, медленно |   |
| Наименованиелекарственного препарата: Клофелин | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка: 0.01%-1мл |   |   | Количество приемов в день: | 1 | раз |
|   | На 1 прием: |  0,01 | ед. |
|   |   |   |   |

**Оборотная сторона**

|  |  |
| --- | --- |
|   | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|   |
|   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|   |   |  отпущен |

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

 Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской орагнизации

 Утверждена приказом

 Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

 ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

 Серия *1 2 3 4 N 0 1 2*

 └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "*22\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020* г.

 (дата оформления рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)



Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Петрова П.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Датарождения *11.04.1978*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях №3

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мирова М.М

Руб. Коп. Rp:Sol.Clonidini 0,01%-1mi D.t.d №10 in amp

 S.Внутривенно, медленно

---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Аптека №2 отпустила:

Раствор клонидина №10 1 уп

Дядичкина К.С 22.06.2020 



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  2 |  3 |  4 |  5 |  6 |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  0 |  2 |  2 |  3 |  2 |  4 |  5 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 003 | Дата оформления: |  2 | 2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Петрова П.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  1 |  1 |   |  0 |  4 |   |  1 |  9 |  7 |  8 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1  | 0 |  1 |  2 |  3 |  4 | 5  | 6  |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  3 |  3 |  3 |  3 |  1 |  3 |  4 |  2 |  4 | 1  |  1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №2 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мирова М.М\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp: Ephedrini hydrochloride 0,025... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...  |
|   |   |  |
|   |  | D.t.d. ..№60 in tab . ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   | S: По 1 таблетке 2 раза в день... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

|  |
| --- |
| Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть) |

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №111 |   | Торговое наименование и дозировка:Эфедрин 0.025 № 60 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 6 уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения: По 1 таблетке 2 раза в день |   |
| Наименованиелекарственного препарата: Эфедрин | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка: 0,025 |   |   | Количество приемов в день: | 1 | раз |
|   | На 1 прием: | 0,0125 | ед. |
|   |   |   |   |

**Оборотная сторона**

|  |  |
| --- | --- |
|   | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|   |
|   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|   |   |  отпущен |

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

 Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской организации

 Утверждена приказом

 Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

 ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

 Серия *1 2 3 4 N 0 1 2*

 └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "*22\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020* г.

 (дата оформления рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)



Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Петрова П.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Датарождения *11.04.1978*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях №3

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мирова М.М

Руб. Коп. Rp:Ephedrini hydrochloridi 0,025

 D.t.d №60 in tab

 S. По 1 таблетке 2 раза в день

---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Аптека №2 отпустила:

Табл. Эфедрина гидрохлорида № 60 6 уп

Дядичкина К.С 22.06.2020 



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  2 |  3 |  4 |  5 |  6 |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  0 |  2 |  2 |  3 |  2 |  4 |  5 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 003 | Дата оформления: |  2 | 2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Петрова П.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  1 |  1 |   |  0 |  4 |   |  1 |  9 |  7 |  8 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1  | 0 |  1 |  2 |  3 |  4 | 5  | 6  |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  3 |  3 |  3 |  3 |  1 |  3 |  4 |  2 |  4 | 1  |  1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №2 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мирова М.М\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp: Phenobarbitali 0,1... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...  |
|   |   |  |
|   |  | D.t.d.. №.30. in tab... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   | S: По 1 таблетке на ночь... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

|  |
| --- |
| Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть) |

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №111 |   | Торговое наименование и дозировка:Фенобарбитал 0,1 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 3 уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения: По 1 таблетке на ночь |   |
| Наименованиелекарственного препарата:  | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка: 0,1 |   |   | Количество приемов в день: | 1 | раз |
|   | На 1 прием: | 0,1 | ед. |
|   |   |   |   |

**Оборотная сторона**

|  |  |
| --- | --- |
|   | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|   |
|   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|   |   |  отпущен |

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

 Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской организации

 Утверждена приказом

 Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

 ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

 Серия *1 2 3 4 N 0 1 2*

 └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "*22\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020* г.

 (дата оформления рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)



Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Петрова П.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Датарождения *11.04.1978*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях №3

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мирова М.М

Руб. Коп. Rp: Phenobarbitali 0,1

0,01%-1mi D.t.d №30

 S. Внутрь по 1 таблетке на ночь

---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Аптека №2 отпустила:

Табл. Фенобарбитал 0,1 №10 3 уп

Дядичкина К.С 22.06.2020 



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  2 |  3 |  4 |  5 |  6 |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  0 |  2 |  2 |  3 |  2 |  4 |  5 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 003 | Дата оформления: |  2 | 2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Петрова П.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  1 |  1 |   |  0 |  4 |   |  1 |  9 |  7 |  8 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1  | 0 |  1 |  2 |  3 |  4 | 5  | 6  |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  3 |  3 |  3 |  3 |  1 |  3 |  4 |  2 |  4 | 1  |  1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №2 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мирова М.М\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp: Glimepiridi 0,002... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...  |
|   |   |  |
|   |  | D.t.d.. №.30. in tab... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   | S: По 1 таблетке утром... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

|  |
| --- |
| Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть) |

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №111 |   | Торговое наименование и дозировка:Глимепирид 0,002 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 3 уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения: По 1 таблетке утром |   |
| Наименованиелекарственного препарата:  | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка: 0,002 |   |   | Количество приемов в день: | 1 | раз |
|   | На 1 прием: | 0,002 | ед. |
|   |   |   |   |

**Оборотная сторона**

|  |  |
| --- | --- |
|   | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|   |
|   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|   |   |  отпущен |

**3. Отметка об отпуске лекарственных препаратов для бесплатного и льготного отпуска. Учет льготных рецептов.**

 Обязательный отпуск лекарственных средств по бесплатным и льготным рецептам осуществляется в соответствии с минимальным ассортиментом лекарственных средств, необходимых для оказания медицинской помощи, утверждаемым для аптечных учреждений/организаций органом управления здравоохранением и фармацевтическими организациями субъекта Российской Федерации.

**Копии рецептов на льготный отпуск лекарственных препаратов, оформленных к отпуску в аптеке.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  2 |  3 |  4 |  5 |  6 |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  0 |  2 |  2 |  3 |  2 |  4 |  5 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 003 | Дата оформления: |  2 | 2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Петрова П.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  1 |  1 |   |  0 |  4 |   |  1 |  9 |  7 |  8 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1  | 0 |  1 |  2 |  3 |  4 | 5  | 6  |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  3 |  3 |  3 |  3 |  1 |  3 |  4 |  2 |  4 | 1  |  1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №2 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мирова М.М\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp: Tabl.Indomethacini 0,025... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...  |
|   |   |  |
|   |  | D.t.d. ..№30 . ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   | S: .Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день .. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

|  |
| --- |
| Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть) |

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №111 |   | Торговое наименование и дозировка:Индобене 0.025 №30 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 3 уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения: Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день |   |
| Наименованиелекарственного препарата: Индобене  | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка: 0.025 |   |   | Количество приемов в день: | 2 | раз |
|   | На 1 прием: |  0,0125 | ед. |
|   |   |   |   |

**Оборотная сторона**

|  |  |
| --- | --- |
|   | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|   |
|   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|   |   |  отпущен |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  2 |  3 |  4 |  5 |  6 |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  0 |  2 |  2 |  3 |  2 |  4 |  5 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 003 | Дата оформления: |  2 | 2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Петрова П.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  1 |  1 |   |  0 |  4 |   |  1 |  9 |  7 |  8 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1  | 0 |  1 |  2 |  3 |  4 | 5  | 6  |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  3 |  3 |  3 |  3 |  1 |  3 |  4 |  2 |  4 | 1  |  1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №2 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мирова М.М\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp: Sol. Clonidini 0,01%-1ml... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...  |
|   |   |  |
|   |  | D.t.d. ..№10 in amp . ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   | S: Внутривенно, медленно... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

|  |
| --- |
| Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть) |

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №111 |   | Торговое наименование и дозировка:Индобене 0.025 №30 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 1уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения: Внутривенно, медленно |   |
| Наименованиелекарственного препарата: Клофелин | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка: 0.01%-1мл |   |   | Количество приемов в день: | 1 | раз |
|   | На 1 прием: |  0,01 | ед. |
|   |   |   |   |

**Оборотная сторона**

|  |  |
| --- | --- |
|   | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|   |
|   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|   |   |  отпущен |

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

 Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской организации

 Утверждена приказом

 Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

 ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

 Серия *1 2 3 4 N 0 1 2*

 └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "*22\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020* г.

 (дата оформления рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)



Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Петрова П.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Датарождения *11.04.1978*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях №3

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мирова М.М

Руб. Коп. Rp:Sol.Clonidini 0,01%-1mi D.t.d №10 in amp

 S.Внутривенно, медленно

---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Аптека №2 отпустила:

Раствор клонидина №10 1 уп

Дядичкина К.С 22.06.2020 



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  2 |  3 |  4 |  5 |  6 |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  0 |  2 |  2 |  3 |  2 |  4 |  5 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 003 | Дата оформления: |  2 | 2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Петрова П.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  1 |  1 |   |  0 |  4 |   |  1 |  9 |  7 |  8 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1  | 0 |  1 |  2 |  3 |  4 | 5  | 6  |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  3 |  3 |  3 |  3 |  1 |  3 |  4 |  2 |  4 | 1  |  1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №2 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мирова М.М\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp: Ephedrini hydrochloride 0,025... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...  |
|   |   |  |
|   |  | D.t.d. ..№60 in tab . ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   | S: По 1 таблетке 2 раза в день... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

|  |
| --- |
| Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть) |

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №111 |   | Торговое наименование и дозировка:Эфедрин 0.025 № 60 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 6 уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения: По 1 таблетке 2 раза в день |   |
| Наименованиелекарственного препарата: Эфедрин | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка: 0,025 |   |   | Количество приемов в день: | 1 | раз |
|   | На 1 прием: | 0,0125 | ед. |
|   |   |   |   |

**Оборотная сторона**

|  |  |
| --- | --- |
|   | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|   |
|   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|   |   |  отпущен |

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

 Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской орагнизации

 Утверждена приказом

 Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

 ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

 Серия *1 2 3 4 N 0 1 2*

 └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "*22\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020* г.

 (дата оформления рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)



Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Петрова П.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Датарождения *11.04.1978*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях №3

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мирова М.М

Руб. Коп. Rp:Ephedrini hydrochloridi 0,025

 D.t.d №60 in tab

 S. По 1 таблетке 2 раза в день

---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Аптека №2 отпустила:

Табл. Эфедрина гидрохлорида № 60 6 уп

Дядичкина К.С 22.06.2020 



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  2 |  3 |  4 |  5 |  6 |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  0 |  2 |  2 |  3 |  2 |  4 |  5 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 003 | Дата оформления: |  2 | 2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Петрова П.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  1 |  1 |   |  0 |  4 |   |  1 |  9 |  7 |  8 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1  | 0 |  1 |  2 |  3 |  4 | 5  | 6  |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  3 |  3 |  3 |  3 |  1 |  3 |  4 |  2 |  4 | 1  |  1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №2 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мирова М.М\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp: Phenobarbitali 0,1... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...  |
|   |   |  |
|   |  | D.t.d.. №.30. in tab... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   | S: По 1 таблетке на ночь... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

|  |
| --- |
| Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть) |

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №111 |   | Торговое наименование и дозировка:Фенобарбитал 0,1 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 3 уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения: По 1 таблетке на ночь |   |
| Наименованиелекарственного препарата:  | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка: 0,1 |   |   | Количество приемов в день: | 1 | раз |
|   | На 1 прием: | 0,1 | ед. |
|   |   |   |   |

**Оборотная сторона**

|  |  |
| --- | --- |
|   | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|   |
|   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|   |   |  отпущен |

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

 Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской организации

 Утверждена приказом

 Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

 ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

 Серия *1 2 3 4 N 0 1 2*

 └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "*22\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020* г.

 (дата оформления рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)



Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Петрова П.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Датарождения *11.04.1978*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях №3

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мирова М.М

Руб. Коп. Rp: Phenobarbitali 0,1

0,01%-1mi D.t.d №30

 S. Внутрь по 1 таблетке на ночь

---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Аптека №2 отпустила:

Табл. Фенобарбитал 0,1 №10 3 уп

Дядичкина К.С 22.06.2020 



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  2 |  3 |  4 |  5 |  6 |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  0 |  2 |  2 |  3 |  2 |  4 |  5 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 003 | Дата оформления: |  2 | 2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Петрова П.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  1 |  1 |   |  0 |  4 |   |  1 |  9 |  7 |  8 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1  | 0 |  1 |  2 |  3 |  4 | 5  | 6  |  7 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  3 |  3 |  3 |  3 |  1 |  3 |  4 |  2 |  4 | 1  |  1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №2 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мирова М.М\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp: Glimepiridi 0,002... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...  |
|   |   |  |
|   |  | D.t.d.. №.30. in tab... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   | S: По 1 таблетке утром... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

|  |
| --- |
| Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть) |

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №111 |   | Торговое наименование и дозировка:Глимепирид 0,002 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 3 уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения: По 1 таблетке утром |   |
| Наименованиелекарственного препарата:  | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка: 0,002 |   |   | Количество приемов в день: | 1 | раз |
|   | На 1 прием: | 0,002 | ед. |
|   |   |   |   |

**Оборотная сторона**

|  |  |
| --- | --- |
|   | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|   |
|   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|   |   |  отпущен |

**Тема 3. Организация рецептурного и безрецептурного отпуска лекарственных препаратов (6 часов).**

**Виды работ:** ознакомление с правилами отпуска лекарственных препаратов.

**Нормативные документы для изучения:**

1. Приказ Минздрава России от 11 июля 2017 г. N 403н «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность».

1. **Порядок отпуска лекарственных препаратов по рецептам.**





ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения                  Код формы по ОКУД

Российской Федерации                          Код учреждения по ОКПО

                                              Медицинская документация

Наименование (штамп)                          Форма N 107-1/у

медицинской организации                       Утверждена приказом

                                              Министерства здравоохранения

Наименование (штамп)                          Российской Федерации

индивидуального предпринимателя              от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

                                  РЕЦЕПТ

                (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

                         " *07\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Петрова А.В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*14.11.1978\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Аардма Т.Н*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp.Tab. Glicini 0,1

*...........D.t.d.№ 50 ............................*

*...........S. Внутрь по 1 таблетке 2-3 раза в день............................*

*-------------- -----------------------------------------*

*........................................*

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись                                                     М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

    Рецепт действителен *в течение 60 дней*, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

                (нужное подчеркнуть)                  (указать количество

                                                             месяцев)

**Оборотная сторона**

*Аптека №2 отпустила:*

*Табл. Глицин 0,1 № 50 5 уп*

*Дядичкина К.С 25.06.20*

 

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения                  Код формы по ОКУД

Российской Федерации                          Код учреждения по ОКПО

                                              Медицинская документация

Наименование (штамп)                          Форма N 107-1/у

медицинской организации                       Утверждена приказом

                                              Министерства здравоохранения

Наименование (штамп)                          Российской Федерации

индивидуального предпринимателя              от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

                                  РЕЦЕПТ

                (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

                         " *07\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Петрова А.В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*14.11.1978\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Аардма Т.Н*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp.Тabl. *Bromdihydrochlorphenyldenzodiazepini 0,001*

*...........D.t.d.№ 50............................*

*...........S По 1 таблетке на ночь............................*

*-------------- -----------------------------------------*

*........................................*

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись                                                     М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

    Рецепт действителен *в течение 60 дней*, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

                (нужное подчеркнуть)                  (указать количество

                                                             месяцев)

**Оборотная сторона**

*Аптека №2 отпустила:*

*Феназепам 0,001  № 50 5 уп*

*Дядичкина К.С 25.06.20*

 

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

 Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской организации

 Утверждена приказом

 Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

 ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

 Серия *1 2 3 4 N 0 1 2*

 └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "*25\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020* г.

 (дата оформления рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)



Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Петрова П.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения *11.04.1978*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях №3

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мирова М.М

Руб. Коп. Rp: Tab. Pentalgini

 D.t.d №10

 S. Внутрь по 1 таблетке при болях

---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Аптека №2 отпустила:

Табл. Пенталгин №10 1 уп

Дядичкина К.С 25.06.2020 



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения                  Код формы по ОКУД

Российской Федерации                          Код учреждения по ОКПО

                                              Медицинская документация

Наименование (штамп)                          Форма N 107-1/у

медицинской организации                       Утверждена приказом

                                              Министерства здравоохранения

Наименование (штамп)                          Российской Федерации

индивидуального предпринимателя              от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

                                  РЕЦЕПТ

                (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

                         " *07\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Петрова А.В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*14.11.1978\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Аардма Т.Н*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Sol. Atropini sulfatis 0,05 – 1 ml

*...........D.t.d.№ 10 in amp............................*

*...........S По 1 мл подкожно............................*

*-------------- -----------------------------------------*

*........................................*

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись                                                     М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

    Рецепт действителен *в течение 60 дней*, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

                (нужное подчеркнуть)                  (указать количество

                                                             месяцев)

**Оборотная сторона**

*Аптека №2 отпустила:*

*Атропина сульфат 0,05 – 1 мл  № 10 1 уп*

*Дядичкина К.С 25.06.20*

 

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения                  Код формы по ОКУД

Российской Федерации                          Код учреждения по ОКПО

                                              Медицинская документация

Наименование (штамп)                          Форма N 107-1/у

медицинской организации                       Утверждена приказом

                                              Министерства здравоохранения

Наименование (штамп)                          Российской Федерации

индивидуального предпринимателя              от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

                                  РЕЦЕПТ

                (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

                         " *07\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Петрова А.В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*14.11.1978\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Аардма Т.Н*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Ibuprofeni 200*...........*

 *D.t.d.№ 10 in tabl............................*

*........... S По 2 капсулы 3 раза в день............................*

*-------------- -----------------------------------------*

*........................................*

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись                                                     М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

    Рецепт действителен *в течение 60 дней*, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

                (нужное подчеркнуть)                  (указать количество

                                                             месяцев)

**Оборотная сторона**

*Аптека №2 отпустила:*

*Ибупрофен 200 № 10 1 уп*

*Дядичкина К.С 25.06.20*

 

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения                  Код формы по ОКУД

Российской Федерации                          Код учреждения по ОКПО

                                              Медицинская документация

Наименование (штамп)                          Форма N 107-1/у

медицинской организации                       Утверждена приказом

                                              Министерства здравоохранения

Наименование (штамп)                          Российской Федерации

индивидуального предпринимателя              от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

                                  РЕЦЕПТ

                (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

                         " *07\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Петрова А.В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*14.11.1978\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Аардма Т.Н*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Remantadini 0,05*...........*

 *D.t.d.№ 20 in tabl............................*

*........... S.В первый день по 2 таблетке 3 раза в день, в последующие дни по 2 таблетки в день..........................*

*-------------- -----------------------------------------*

*........................................*

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись                                                     М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

    Рецепт действителен *в течение 60 дней*, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

                (нужное подчеркнуть)                  (указать количество

                                                             месяцев)

**Оборотная сторона**

*Аптека №2 отпустила:*

*Ремантадин 0,05 № 20 2 уп*

*Дядичкина К.С 25.06.20*

 

**Таблица 1 - Отпуск лекарственных препаратов, разрешенный аптечным организациям**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Группа ЛП | Аптека | Аптечный пункт | Аптечный киоск | Индивидуальный предприниматель, имеющий лицензию на фарм.деятельность |
| Безрецептурные ЛП | + | + | + | + |
| Рецептурные ЛП, не подлежащие ПКУ | + | + |  | + |
| Наркотические и психотропные ЛП | + | \_ | \_ | \_ |
| Иммунобиологические ЛП | + | \_ | \_ | \_ |

* 1. **Особенности отпуска некоторых групп лекарственных препаратов.**

Отпуск наркотических и психотропных лекарственных препаратов по рецептам осуществляется аптеками и аптечными пунктами, имеющими лицензию на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.

Отпуск иммунобиологических лекарственных препаратов по рецептам осуществляется аптеками и аптечными пунктами.

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения                  Код формы по ОКУД

Российской Федерации                          Код учреждения по ОКПО

                                              Медицинская документация

Наименование (штамп)                          Форма N 107-1/у

медицинской организации                       Утверждена приказом

                                              Министерства здравоохранения

Наименование (штамп)                          Российской Федерации

индивидуального предпринимателя              от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

                                  РЕЦЕПТ

                (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

                         " *07\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Петрова А.В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*14.11.1978\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Аардма Т.Н*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Sol. Gamma Immunoglobulini hyman 1,5 ml

*...........D.t.d .№ 10 in amp............................*

*...........S.Внутримышечно, однократно............................*

*-------------- -----------------------------------------*

*........................................*

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись                                                     М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

    Рецепт действителен *в течение 60 дней*, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

                (нужное подчеркнуть)                  (указать количество

                                                             месяцев)

**Оборотная сторона**

*Аптека №2 отпустила:*

*Раствор Иммуноглобулина 1,5 мл № 10 1 уп*

*Дядичкина К.С 25.06.20*

 

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](https://base.garant.ru/179139/)

Российской Федерации Медицинская документация

 **Форма N 107/у-НП**,

 **утвержденная приказом**

 **Министерства здравоохранения**

 **штамп медицинской организации Российской Федерации**

 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_\_

 

 **РЕЦЕПТ**

 /-------\ /-----------\

 Серия |*1 |2 |3 |4 | N |2 |0 |7* | | | |

 \-------/ \-----------/

 "*25"06"2020*г.

 (дата выписки рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

 

Ф.И.О. пациента *Петрова Алла Викторовна*

Возраст *42*

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 0123 *106610*

Номер медицинской карты *№2*

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки)*Аардма Татьяна Николаевна*

Rp:*Sol.Buprenorphini 0,03%-1 ml*

 *D.t.d №.10*

 *..S.По 1 мл при болях* ................................................................

.........................................................................

Подпись и личная печать врача  

(подпись фельдшера, акушерки)

 М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного

лица медицинской организации *Шпис Анна Петровна* 

 М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске *Бупраксон 0,03%-1мл №10 1 уп Паспорт 0356123 Серия 02234 №0013 25.06.2020*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации *Семёнова Галина Андреевна*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М.П.

 Срок действия рецепта 15 дней

* 1. **Информирование фармацевтическим работником при отпуске ЛП**

 При отпуске лекарственного препарата фармацевтический работник информирует лицо, приобретающее (получающее) лекарственный препарат, о режиме и дозах его приёма, правилах хранения в домашних условиях, о взаимодействии с другими лекарственными препаратами. Фармацевтический работник не вправе предоставлять недостоверную и (или) неполную информацию о наличии лекарственных препаратов, включая лекарственные препараты, имеющие одинаковое международное непатентованное наименование, в том числе скрывать информацию о наличии лекарственных препаратов, имеющих более низкую цену.

Диалог фармацевта и покупателя

**П.** Здравствуйте!

**Ф.** Здравствуйте!

**П.** Мне что-нибудь от [насморка](https://nikafarm.ru/preparaty-ot-nasmorka-recomenduem-pravilno).

**Ф.** Вы берете себе?

**П.** Да.

**Ф.**  Что-то в нос уже капали?

**П.** Нет. Какой-то [ингалятор](https://nikafarm.ru/kak-vybrat-ingalyator-stavim-vse-tochki-nad-i)  дома от насморка нашел, дышал им. Но он не помогает.

**Ф.** Как проявляется насморк? Нос заложен или «течет»? **П.** Днем течет, ночью заложен.

**Ф.** Выделения из носа жидкие, как вода, или густые?

**П.**  Не, точно не вода. Жёлтая слизь вылетает, когда высмаркиваюсь.

**Ф.** Что-то еще, помимо насморка, беспокоит? [Температура](https://nikafarm.ru/lixoradka-ili-gipertermicheskij-sindrom-vidy-patogenez-algoritm-rekomendacij), [кашель](https://nikafarm.ru/preparaty-dlya-lecheniya-kashlya-ne-navredi). [боли в горле](https://nikafarm.ru/esli-gorlo-bolit-eto-znachit-tonzillit)?

**П.** Горло побаливает, но я полощу ромашкой.

**Ф.** У Вас какие-то хронические заболевания есть? Давление в порядке?

**П.** [Давление](https://nikafarm.ru/chto-delat-esli-sprashivayut-chto-nibud-ot-davleniya) скачет. Пью Энап.

**Ф.** В таком случае я рекомендую Вам Отривин Море форте. Это спрей на основе натуральной морской воды с повышенным содержанием солей. Соли тянут на себя избыток воды, и за счет этого уменьшается отек, а значит уходит заложенность и выделения из носа.  Он содержит также масло эвкалипта, которое оказывает антисептическое действие, т.е. уничтожает микробов. На эвкалипт [аллергии](https://nikafarm.ru/kak-obuzdat-sezonnuyu-allergiyu) нет?

**П.** До сего дня не было. И сколько это стоит?

**Ф.** … рублей.

**П.** Что-то очень дорого. А подешевле ничего? Помню, раньше назначали нафтизин, галазолин…

**Ф.** Да, было такое. Дело в том, что они вызывают сужение сосудов не только в носу, поэтому они могут повысить [артериальное давление](https://nikafarm.ru/kto-kogo-ili-kak-pobedit-gipertoniyu), которое у Вас и так повышено.

Но самое неприятное заключается в том, что если их капать часто и больше 5 дней,  они вызывают привыкание, и после Вы без них не сможете обходиться. А насморк, если пользоваться только этими средствами, за 5 дней не проходит.  К тому же они снимают только заложенность носа, а Вы говорите, что у Вас то течет из носа, то закладывает.

**П.** Ну да…

**Ф.** Почему я предлагаю Вам этот Отривин? Он  и заложенность снимает, и «течь» из носа убирает, а за счет эвкалипта действует на причину насморка.  Все это позволит Вам быстро от него избавиться.

**П.** Хорошо, Вы меня убедили.

**Ф.** Применяйте его до 6 раз в день. Перед использованием высморкайтесь.

Разовые носовые платочки нужны? Они стоят … руб. 10 штук.

**П.** Да, давайте пару упаковок.

**Ф.** Таблетки для горла давать? Они быстрее ромашки снимут першение в горле.

**П.** Давайте, только что-нибудь не очень дорогое.

**Ф.** Даю Нео-ангин. Днем Вы можете рассасывать таблетки, а утром и вечером полоскать горло ромашкой.

**П.** Хорошо. Сколько с меня?

**Ф.** Энап не нужен?

**П.** Пока есть.

**Ф.** Итак, Вы берете Отривин Море форте, 2 упаковки разовых носовых платочков и Нео-ангин. Всего на … рублей.

**П.** Пожалуйста.

**Ф.** Вы мне даете ХХХХ рублей. Ваша сдача – … рублей, и вот Ваша покупка.  Выздоравливайте!

**П.** Большое спасибо Вам!

1. **Порядок отпуска лекарственных препаратов по требованиям медицинских организаций.**

Для обеспечения лечебно-диагностического процесса медицинские организации получают лекарственные препараты из аптечной организации по требованиям-накладным, утвержденным в установленном порядке.

Требование-накладная на получение из аптечных организаций лекарственных препаратов должна иметь штамп, круглую печать медицинской организации, подпись ее руководителя или его заместителя по лечебной части.

В требовании-накладной указывается номер, дата составления документа, отправитель и получатель лекарственного препарата, наименование лекарственного препарата (с указанием дозировки, формы выпуска (таблетки, ампулы, мази, суппозитории и т.п.), вид упаковки (коробки, флаконы, тубы и т.п.), способ применения (для инъекций, для наружного применения, приема внутрь, глазные капли и т.п.), количество затребованных лекарственных препаратов, количество и стоимость отпущенных лекарственных препаратов.

Наименования лекарственных препаратов пишутся на латинском языке.

Требования-накладные на лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету, выписываются на отдельных бланках требований-накладных для каждой группы препаратов.

Медицинские организации при составлении заявок на наркотические средства и психотропные вещества [списков II](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_345546/#dst100178) и [III](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_345546/#dst100236) должны руководствоваться расчетными нормативами, утвержденными в установленном порядке.

 Требования-накладные структурного подразделения медицинской организации (кабинета, отделения и т.п.) на лекарственные препараты, направляемые в аптечную организацию, оформляются в порядке, определенном настоящей инструкции, подписываются руководителем соответствующего подразделения и оформляются штампом медицинской организации.

При выписывании лекарственного препарата для индивидуального больного дополнительно указывается его фамилия и инициалы, номер истории болезни.

Стоматологи, зубные врачи могут выписывать за своей подписью требования-накладные только на лекарственные препараты, применяемые в стоматологическом кабинете, без права выдачи их пациентам на руки.

Требования на ядовитые лекарственные средства, кроме подписи стоматолога или зубного врача, должны иметь подпись руководителя учреждения (отделения) или его заместителя и круглую печать медицинской организации.

Требования-накладные на отпуск частнопрактикующим врачам лекарственных препаратов (за исключением наркотических средств и психотропных веществ [списков II](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_345546/#dst100178) и [III](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_345546/#dst100236), а также лекарственных препаратов, содержащих эти средства и вещества) оформляются в порядке, определенном настоящей Инструкции, на основании договора купли-продажи между частнопрактикующим врачом и аптечной организацией и лицензии на медицинскую деятельность, выданной в установленном порядке.

В аптечных организациях требования-накладные лечебно-профилактических учреждений на отпуск наркотических средств и психотропных веществ [списков II](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_345546/#dst100178) и [III](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_345546/#dst100236) хранятся в течение 10 лет, на отпуск иных лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету, - в течение 3-х лет, остальных групп лекарственных препаратов - в течение одного календарного года.

Требования-накладные медицинских организаций должны храниться в аптечной организации в условиях, обеспечивающих сохранность, в сброшюрованном и опечатанном виде и оформляться в тома с указанием месяца и года.

По истечении срока хранения требования-накладные подлежат уничтожению в присутствии членов создаваемой в аптечной организации комиссии, о чем составляются акты, формы которых предусмотрены.



Типовая межотраслевая форма № М-11

Утверждена постановлением Госкомстата России

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ТРЕБОВАНИЕ-НАКЛАДНАЯ №** | **1**  |  | Коды |
| Форма по ОКУД | 0315006 |
| Организация | Краевая клиническая больница №2 | по ОКПО |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Датасоставления | Код вида операции | Отправитель | Получатель | Корреспондирующий счет | Учетная единица выпуска продукции(работ, услуг) |
| структурное подразделение | вид деятельности | структурное подразделение | вид деятельности | счет, субсчет | код аналитического учета |
| 25.06.20 |  |  |  | Стационар |  |  |  |  |

Через кого Аптека №17

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Главная медсестра Андреева А.А | Разрешил |  Главный врач (подпись) Максимова Н.П  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Материальные ценности | Единица измерения | Количество | Цена, руб. коп. | Суммабез учета НДС,руб. коп. | Порядковыйномер по складской картотеке |
| наименование | номенк-латурный номер | код | наименование | затре-бова-но | отпу-щено |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Rp.: Sol.Clonidini 0,01%-1,0 №10 D.S.Внутривенно4566 |  |  | Уп | 3 | 3 | 86,345 | 258,00 |  |
| Rp.: Sol. Aethanoli 70%-100 ml D.S. Наружно. |  |  | Фл | 10 | 10 | 345,00 | 3450,0 |  |

 Три тысячи семьсот восемь рублей 00 коп.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отпустил** | Фармацевт |  | Подпись |  | Дядичкина К.С | **Получил** | Мед.сестра |  | Подпись |  | Максимова Н.П |
|  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |



 Типовая межотраслевая форма № М-11

Утверждена постановлением Госкомстата России

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ТРЕБОВАНИЕ-НАКЛАДНАЯ №** | **2**  |  | Коды |
| Форма по ОКУД | 0315006 |
| Организация | Краевая клиническая больница №2 | по ОКПО |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Датасоставления | Код вида операции | Отправитель | Получатель | Корреспондирующий счет | Учетная единица выпуска продукции(работ, услуг) |
| структурное подразделение | вид деятельности | структурное подразделение | вид деятельности | счет, субсчет | код аналитического учета |
| 25.06.20 |  |  |  | Стационар |  |  |  |  |

Через кого Аптека №17

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Главная медсестра Андреева А.А | Разрешил |  Главный врач (подпись) Максимова Н.П |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Материальные ценности | Единица измерения | Количество | Цена, руб. коп. | Суммабез учета НДС,руб. коп. | Порядковыйномер по складской картотеке |
| наименование | номенк-латурный номер | код | наименование | затре-бова-но | отпу-щено |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Rp.: Sol. Ketamini 5%-2,0 №5 D.S. Внутривенно |  |  | Уп | 15 | 15 | 56,00 | 840,0 |  |
| Rp.: Sol. Ketamini 5%-2,0 №5 D.S. Внутривенно |  |  | Уп | 20 | 20 | 72,00 | 1440,0 |  |

Две тысячи двести восемьдесят рублей 00 коп.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отпустил** | Фармацевт |  | Подпись |  | Дядичкина К.С | **Получил** | Мед.сестра |  | Подпись |  | Максимова Н.П |
|  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

1. **Ситуационные задачи**

 Больному выписан бисептол-120, а в аптеке бисептол-480. Провизор дала ему бисептол-480 и объяснила, что надо принимать его по 1/4 таблетки на прием. Больной написал жалобу, что в аптеке ему превысили дозу в 4 раза. В чем виновен провизор?

 Двое в очереди в аптеке поговорили о депрессине - препарате, который хорошо понижает давление крови у одного из них. Второй тут же обращается к фармацевту: «Дайте и мне флакон депрессина». Фармацевт объясняет, что для этого нужен рецепт врача. Больной возмущается: «К чему такие формальности?». Что следует в этой ситуации делать фармацевту?

1. Ответ: Провизору следовало вообще не выдавать больному лекарство.
2. Ответ: Провизор должна объяснить, разъяснить, рассказать больному об отпуске лекарств из аптек больным и сделать замечание за его поведение. Что есть такое правило больному, где регламентируется отпуск лекарств из аптек больным и правила их поведения в аптеке.

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

Ф.И.О. обучающегося \_\_\_Дядичкиной Кристины Сергеевны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа\_\_\_\_203\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Специальность\_\_\_\_\_\_33.02.01 Фармация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проходившего производственную практику «Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений» с \_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г

На базе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Города/района\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

За время прохождения мною выполнены следующие объемы работ:

А. Цифровой отчет

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Виды работ** | **Количество** |
| 1 | Прием рецептов и проведение фармацевтической экспертизы | 17 |
| 2 | Прием требований и проведение фармацевтической экспертизы | 4 |
| 3 | Таксирование рецептов |  |
| 4 | Таксирование требований |  |
| 5 | Фасовочные работы |  |
| 6 | Составление заявок на товары аптечного ассортимента |  |
| 7 | Прием товара по количеству (указать количество товарных накладных) |  |
| 8 | Прием товара по качеству (указать количество товарных накладных) |  |

Студент\_\_\_\_Дядичкина Кристина Сергеевна\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (ФИО)

Общий/непосредственный руководитель практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (ФИО)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. м.п.